



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

36 | 2013

Les humanitaires au défi des marges de nos villes

Quartiers populaires de Marseille : enjeux de santé publique

Mylène Frappas



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2794>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2013

Pagination : 52-59

ISBN : 978-2-918392-67-8

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Mylène Frappas, « Quartiers populaires de Marseille : enjeux de santé publique », *Humanitaire* [En ligne], 36 | 2013, mis en ligne le 18 décembre 2013, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2794>

Quartiers populaires de Marseille : enjeux de santé publique

Par Mylène Frappas

Marseille est une ville marquée par une importante pauvreté¹. En 2008, le revenu médian annuel par unité de consommation y était de 30 % inférieur à celui observé en moyenne en région PACA et dans le département des Bouches-du-Rhône. Il variait du simple au triple selon l'arrondissement.

Le taux de chômage était très élevé à Marseille en 2008 ; il concernait 17 % des actifs âgés de 15 à 64 ans, jusqu'à 30 % chez les 15-24 ans (un taux de 60 % plus élevé qu'en France métropolitaine [11,1 %], ce taux varie cependant aussi du simple au triple selon les arrondissements).

Une des caractéristiques fortes de la ville est bien la concentration de la pauvreté sur plusieurs de ses arrondissements.

1. ORS PACA, « Synthèse du bilan de santé à Marseille 2012 », octobre 2012.

Marseille, une ville de forts contrastes et une importante pauvreté

En 2008 :

- Marseille comptait 851 420 habitants soit 3 526 habitants au km² ;
- un Marseillais sur 4 (24,9 %) avait moins de 20 ans, près d'un sur 10 (9,4 %) plus de 75 ans ;
- 8 % de la population était de nationalité étrangère ;
- parmi les Marseillais âgés de plus de 15ans, 17,5 % étaient au chômage ;
- un Marseillais sur 4 (24,9 %) n'avait aucun diplôme. Un sur 7 (14,4 %) avait un diplôme de l'enseignement supérieur ;
- une personne sur 4 disposait de bas revenus (moins de 982 euros par unité de consommation) ;
- un enfant de moins de 2 ans sur 5 vivait dans un foyer de bas revenus en 2011 ;
- environ 44 000 personnes avaient un revenu constitué à 100 % d'allocations sociales (soit 9,8 % des personnes âgées de 20 à 59 ans en 2011) ;
- 15 % des Marseillais étaient bénéficiaires de la CMUC en 2010.

Les inégalités de santé au cœur de la politique locale de santé publique

2. Dont les Ateliers santé ville.

Au sein des arrondissements marseillais, nombre de quartiers ont été identifiés comme territoires prioritaires au titre de la politique de la ville et des contrats urbains de cohésion sociale. Ils ont ainsi été la cible de programmes et de dispositifs² locaux de santé publique portés de façon conjointe par la ville et ses institutions partenaires, ainsi que de nombreux opérateurs locaux.

Aujourd'hui, dans un contexte d'implication croissante des collectivités locales dans la mise en place d'une politique de santé publique et de préparation de son deuxième contrat local de santé, la ville de Marseille a confié à l'ORS PACA la réalisation d'un état des lieux sur la santé des Marseillais qui, dans ses conclusions, met en évidence cette même disparité des situations. Ce nouvel état des lieux – réactualisation d'un précédent effectué en 2004 – vise à fournir des pistes de travail et des préconisations. Il s'inscrit dans un objectif clairement affiché : réduire les inégalités sociales et territoriales³ de santé au sein de la commune.

3. Axe prioritaire porté par la loi HPST.

La démarche a abouti à la collecte de données quantitatives et à la construction d'un outil cartographique interactif Marseille Observation Santé. Celui-ci est mis à disposition des acteurs et partenaires locaux et leur permet de consulter des indicateurs à différents échelons géographiques (communal et infracommunal).

La démarche s'appuie aussi sur une analyse documentaire et scientifique des causes des inégalités de santé et des pistes d'intervention pour les réduire. Des entretiens individuels et collectifs ont été conduits avec les acteurs locaux afin d'identifier les problématiques prioritaires. Enfin, des pistes de travail ont pu être mises en avant en matière de programme d'intervention pour réduire les inégalités de santé sur le territoire marseillais.

Au terme de ce travail, il est mis en évidence que plusieurs facteurs contribuent aux inégalités de santé à Marseille (chômage, travail précaire, logement dégradé, niveau d'éducation et rapport à la santé, facteurs psychosociaux et conditions de travail, situations de grande exclusion, caractéristiques de l'offre sanitaire et de prévention, installation des inégalités tôt dans l'existence...). Le statut socio-économique joue un rôle déterminant dans la constitution de l'état de santé et dans la capacité matérielle et sociale de sa préservation. Les auteurs du bilan soulignent aussi qu'il nous faut cependant considérer qu'indépendamment de la situation sociale, le territoire peut avoir aussi un effet propre sur la santé de ses habitants par le biais, par exemple, de son aménagement, des nuisances environnementales...

Autant d'éléments probants mis à disposition qui viennent encore souligner la disparité forte des quartiers marseillais en matière de santé des populations. Ainsi, les quartiers populaires devront désormais devenir des terrains prioritaires des actions de santé publique. La remise à jour des Plans locaux de santé publique dans le cadre des Ateliers santé ville, les objectifs assignés au nouveau contrat local de santé vont venir en constituer les cadres de définition et d'exercice.

Au-delà de cette finalité conséquente et pertinente en matière d'appui à l'élaboration des orientations publiques, l'état des lieux mis en place par la ville pourrait avoir aussi une autre portée. Nous pourrions le considérer comme un outil dynamique qui doit être investi par un panel élargi d'acteurs et sur le long terme, afin de faire de la construction de la santé publique locale un objet partagé des politiques publiques.

Les enjeux de l'intervention publique en santé publique dans les quartiers populaires

Ce dernier objectif rentre ici en concordance avec les formes d'interventions développées jusqu'à ce jour par notre petite équipe de santé publique municipale. Celles-ci ont été dominées par des postulats tels que la proximité, la concertation permanente, la gestion de collectifs hétérogènes de production et de régulation

autour des activités concrètes, mais aussi la production et le partage de connaissances dans un souci de construction d'une réponse publique au plus près des besoins de la population.

Cet exercice nous situe dans une interaction permanente avec différentes catégories d'acteurs et nous fait souvent passer par des détours non programmés. Nous faisons ici l'hypothèse que ces détours sont à long terme structurants pour l'intervention et les territoires concernés. Il convient donc de les repérer. À cet effet, nous proposons de scander les temps d'une intervention dans le domaine de la prévention des toxicomanies et de la réduction des risques depuis plusieurs années dans les quartiers populaires de Marseille, quartiers d'habitat social, notamment ceux situés dans les 13^e et 14^e arrondissements, afin d'en désigner des lignes de force à préserver et à développer.

Ancrage et politiques territoriales

En France, c'est l'État qui détient la plupart des compétences en matière de santé et de soins et qui définit la politique de santé. Ainsi, les villes n'ont pas de compétence légale, obligatoire, dans la lutte contre le sida et la toxicomanie. Pourtant, l'aggravation de la précarité, la mise à jour des inégalités, notamment dans l'accès aux droits, aux soins et à la santé, les politiques de lutte contre l'exclusion, de développement urbain et de prévention de la délinquance ont progressivement modifié les cadres, sinon de décision, du moins de mise en œuvre de politiques publiques. Depuis 1982, si l'État central continue de définir les politiques publiques, celles-ci ne se mettent en œuvre qu'avec la mobilisation des collectivités territoriales (région, département, ville). Dans un contexte de territorialisation de l'action publique, la commune, l'intercommunalité apparaît progressivement comme l'échelon le plus pertinent dans l'application de ces politiques.

C'est le cas à Marseille pour la prise en compte de la toxicomanie. À partir de nouveaux cadres contractuels proposés par les politiques publiques et avec la présence et l'influence, dès le début des années 1980, d'associations spécialisées dans le domaine sur son territoire, Marseille a pu ainsi faire de la prévention des toxicomanies un axe fort de son conseil communal de prévention de la délinquance, puis de son contrat de ville. Le principe d'une politique cohérente est affiché, celle-ci intégrant alors prévention, soin et lutte contre l'offre.

Des actions sont alors développées sous la forme de « diagnostic – action » sur tous les territoires classés en quartiers prioritaires du développement social urbain. Elles sont conduites par des professionnels du champ spécialisé souvent atypiques dans leur

institution. Ils sont désireux de se rapprocher à la fois des populations des quartiers populaires et des usagers de drogues qui y vivent, loin des centres de soins situés en centre-ville, mais aussi de participer aux dynamiques sociales et urbaines engagées sur les quartiers⁴. Dans un contexte d'accentuation des pratiques d'usage de produits psychoactifs⁵ dans les quartiers populaires et de mise en tension de la question de la toxicomanie sous prétexte d'insécurité, ils proposent une approche dite de « développement social local ». Le postulat qui sous-tend leur intervention repose sur une volonté forte de prendre en compte la représentation de la toxicomanie et des toxicomanes, de conduire une démarche d'objectivation et de connaissance avec l'ensemble des acteurs présents sur chacun des territoires, quartiers (habitants, bailleurs sociaux, médecins, pharmaciens, intervenants sociaux, policiers...), mais aussi de repérer en quoi ils sont concernés par ces questions et ces pratiques. À terme, il s'agit de proposer des grilles de lecture nouvelles, de mettre en discussion la question de l'usage de drogues afin d'optimiser la connaissance et la capacité de réponse de chacun, et de faire évoluer le rapport avec les usagers de drogues. Au-delà des questions de consommation, de prévention, de soins, de vente de seringues par les pharmaciens ou de trafic, il est question d'aménagement urbain, d'éclairage, de propreté, d'éducation, d'insertion professionnelle et d'emploi, d'ouverture des établissements publics, de formation professionnelle continue... Un mode d'approche qui demande d'intégrer et de mettre en corrélation un faisceau de données, de comprendre les logiques d'acteurs hétérogènes mais aussi qui soumet à la proximité dans la durée.

— Engagement dans une politique volontaire

Au début des années 1990, les enjeux soulevés autour de la réduction des risques infectieux ont permis l'apparition de nouveaux acteurs sur le territoire communal. Les orientations ciblées sur les usagers d'héroïne, vivant pour la plupart dans les cités ou quartiers populaires des grandes villes ou qui en sont originaires, ont été le point de départ de vives confrontations à l'intérieur et aux frontières du secteur spécialisé. Une véritable lutte s'est engagée, animée par ces nouveaux acteurs relativement périphériques au sein du champ spécialisé qui se sont positionnés sur le plan d'un nouveau mode d'intervention : la réduction des risques (RdR). Particulièrement aguerries au travail auprès des personnes à la rue et autres exclus du système de soins, les associations humanitaires se sont très vite engagées sur ce créneau⁶. On y retrouve aussi des acteurs du champ

4. Michel Joubert, « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *Déviance et société*, vol. 23, 1999.

5. Héroïne et médicaments surtout.

6. Jean François Corty, « La médecine humanitaire, un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France », *Humanitaire*, n° 30, 2011.

spécialisé, des éducateurs et intervenants sanitaires et sociaux partageant la culture du travail de rue. En matière de RdR chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, Médecins du Monde et d'autres associations, comme celles d'auto-support d'usagers de drogues ou de personnes malades, ont eu un rôle déterminant dans l'évolution des dispositifs et du cadre juridique pour cette population très exposée au sida. Elles ont surtout largement contribué à la baisse de l'incidence de la maladie chez ces populations.

Dans les années 1990, avec le développement du sida et la politique de réduction des risques, des démarches locales s'inscrivant dans une perspective de santé publique ont été soutenues par les collectivités. À Marseille, dans un contexte épidémiologique alarmant⁷, en 1995 le maire, Jean-Claude Gaudin, confie au professeur Jean-François Mattei, une délégation « sida toxicomanie ». Celui-ci procède immédiatement à l'audition de plus de 70 structures et institutions impliquées dans ces champs. Il en ressort la nécessité d'une coordination entre les acteurs, l'affirmation d'orientations claires et cohérentes à l'échelle de la commune et le besoin d'un soutien spécifique de la ville.

Le rôle de la ville émerge naturellement de cette concertation : la responsabilité et la relation de proximité qu'entretiennent les élus et les services municipaux avec la population constituent un atout majeur dans la prise en compte de ces problématiques sur l'ensemble de leurs aspects. La municipalité affiche trois principes pour construire sa politique : le respect de l'intégrité et de la dignité des personnes, la nécessaire solidarité et la globalité de la politique à mener. Celle-ci va se construire autour de deux axes prioritaires : la prévention et la réduction des risques liés aux usages de drogues et l'accès aux droits. Sa mise en œuvre s'appuie sur la création d'une Mission Sida Toxicomanie et sur une méthode qui articule concertation avec les acteurs, production et mobilisation de savoirs et connaissances, et inscription dans les cadres des politiques publiques. Cette mission développe des interventions dites structurantes à l'échelle du territoire communal (dispositif d'automates échangeurs de seringues, équipes de proximité, programme de prévention...). Les quartiers populaires au même titre que les autres sont couverts par l'intervention publique. Ils sont particulièrement marqués par le lourd tribut qu'ils payent en matière de décès après la période dite de « démocratisation » de l'héroïne. L'équipe de la mission y maintient une présence régulière au travers des instances territorialisées de la politique de la ville et du Conseil local de prévention de la délinquance. Cette présence est synonyme de soutien technique, méthodologique, financier aux acteurs locaux. Elle est accompagnée du souci de la construction de réponses intersectorielles au sein de la municipalité en direction de ces quartiers et d'interpellation des services de l'État. La fin des

7. En 1995, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est, avec près de 5 000 cas de sida déclarés depuis le début de l'épidémie, la deuxième région de France métropolitaine la plus touchée. En 1996, le sida est la première cause de mortalité chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans. La comparaison des taux de cas de sida cumulés par million d'habitants fait apparaître la prédominance de la transmission liée à l'usage de drogues par voie injectable (1 cas sur 2 environ). À Marseille même, des estimations indiquent que cette ville comporte trois fois plus de cas de sida que la moyenne nationale.

années 1990 sera marquée dans ces secteurs par la relativisation de la question de l'usage. Les acteurs du champ spécialisés et de la réduction des risques quittent alors progressivement les quartiers populaires et se recentrent sur les grands précaires, usagers de drogues vivant en centre urbain. Comme dans une logique de répit après des années dramatiques, les questions de consommation pourtant problématiques d'alcool, de psychotropes et de cannabis sont peu présentes dans les observations portées par les intervenants de ces quartiers. Le dispositif TREND⁸ mis en place en 1999 ne met pas en évidence de points particuliers les concernant.

— La force d'interpellation du local

À la fin de ces mêmes années et de façon de plus en plus aiguë dès le début des années 2000, sur fond de précarisation et relégation croissantes, ces territoires deviennent progressivement les espaces de réorganisation et d'activité du petit trafic de produits stupéfiants. La Mission Sida Toxicomanie prend en compte les inquiétudes manifestées par ceux qui sont en première ligne (intervenants sociaux, bailleurs publics...). Ainsi, face à la visibilité, à la prégnance des activités de réseaux de revente de produits stupéfiants dans les quartiers populaires, à l'attractivité de ceux-ci pour les plus jeunes voire la criminalisation ces dernières années et au sentiment d'impuissance des intervenants de première ligne, elle prend le parti de l'accompagnement et de la qualification pour ouvrir le champ des possibles et retrouver une capacité à agir... Une démarche collective est mise en place ; elle obtient une reconnaissance institutionnelle qui s'intitule « Questions de réseaux », elle confronte sur de longues périodes des intervenants de terrain à des chercheurs. Cette démarche se conçoit comme un cadre de travail dynamique où viennent se confronter et s'échanger questions, mais aussi savoirs experts et profanes tant sur la connaissance fine des réseaux de revente que sur les conditions de travail qui sont celles des intervenants qui agissent dans la proximité de ces réseaux, mais aussi leurs postures professionnelles, leur pratique. La coproduction des savoirs est délibérément tournée vers l'action. Quatre groupes ont été mis ainsi en place dans les 13^e et 14^e arrondissements. Aujourd'hui, un cinquième groupe organisé sur le même principe rassemble des habitants. Deux publications présentent ces travaux⁹. Ce processus agit à chaque fois comme une transformation de l'expérience en connaissances et en compétences. Parce qu'il autorise à rompre le silence et l'isolement, parce qu'il exige de reconsidérer les représentations courantes véhiculées sur les quartiers populaires et leurs populations, notamment les jeunes, il permet de sortir du sentiment d'impuissance et du discours stérile

8. Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), mis en place en 1999, s'appuie sur un réseau de sept sites situés en France métropolitaine (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse). En 2010, le dispositif marseillais choisit de développer une focale sur les quartiers populaires.

9. Pierre Roche (dir.), *La proximité à l'épreuve de l'économie de la débrouille*, Céreq, 2004 et Claire Duport (dir.), *L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues*, 2010.

de l'éradication. Il vient conforter les intervenants dans le parti pris de la proximité, de l'« aller vers » les jeunes inscrits dans ces pratiques déviantes, de la recherche de solutions avec les familles, de la construction de réponses pragmatiques, de l'interpellation aiguisée des institutions publiques. Il participe à la qualification des habitants et à la mise en place de dynamiques territoriales, il soutient l'idée selon laquelle « il y a toujours quelque chose à faire ». Il agit dans une forme d'extension et de réappropriation du modèle de réduction des risques.

Au cours de l'année 2013, suite à un nombre conséquent de meurtres de jeunes gens dans ces quartiers, les habitants se sont constitués en collectif¹⁰. Les 23 revendications très précises, voire opérationnelles, portées par celui-ci en direction des autorités étaient empruntées aux travaux produits par les participants à la démarche « Questions de réseaux ». Aujourd'hui, d'autres formes d'organisation émergent encore, elles travaillent à la construction d'une plate-forme commune des habitants des quartiers populaires. Des chantiers sont ouverts. L'un d'entre eux a pour thème la santé. La proximité, l'engagement dans le temps paraissent les garants majeurs d'une intervention avec les acteurs des quartiers populaires en matière de santé publique. Nous reprenons l'idée soutenue par Pierre Roche d'une fidélité¹¹ qui permet d'accompagner les moments opportuns et fertiles. Celle-ci n'a de sens que dans un chantier partagé, celui de la production de connaissances et d'actions qui vient inscrire les mouvements et acteurs locaux dans un rapport revendiqué avec les institutions publiques. En conclusion et perspective, nous pouvons effectivement considérer que l'état des lieux proposé par la ville est à saisir comme un outil dynamique qui doit être investi par un panel élargi d'acteurs afin de faire de la santé publique un objet non seulement des politiques publiques locales, mais aussi du débat politique.

10. Collectif du 1^{er} juin.
Voir la presse nationale
et locale.

11. Pierre Roche, *Les
défis de la proximité
dans le champ
professionnel*, Cairn,
2007.

L'auteur

Mylène Frappas est cadre de santé publique à la ville de Marseille.